

ANTRAG ANERKENNUNG

Ansprechpartnerin:
Stefanie Eder/ G 1139, Zimmer 0.03
Telefon: (040) 428 37 – 3912
E-Fax: (040) 427948285
E-Mail: stefanie.eder@soziales.hamburg.de

Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales,
Familie und Integration (Sozialbehörde)
Landesprüfungsamt für Heilberufe
Billstraße 80, D-20539 Hamburg

Antrag auf Anerkennung verwandter Studienleistungen

gem. § 12 Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO)
gem. § 23 Approbationsordnung für Zahnärzte (ZApprO)

Bitte vollständig und ggf. in Blockschrift ausfüllen!

Name:	
Vorname/n:	
Geschlecht	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>
Anschrift:	
E-Mail:	
Telefonnummer:	
Matrikelnummer:	

Ich beantrage die Anerkennung meiner Studien - bzw. Prüfungsleistungen im Rahmen meines Studiums der _____ an der Universität _____ auf das Studium der _____

Studienleistung Erststudium	Anzurechnende Studienleistung Medizin/Zahnmedizin

Gleichzeitig beantrage ich die Anrechnung von _____ Fachsemestern.

- Ich versichere hiermit wahrheitsgemäß vor meinem Studium der: _____
- noch kein Studium der _____ betrieben zu haben
- bereits in Deutschland _____ studiert und dabei an folgenden Ärztlichen Prüfungen _____ teilgenommen zu haben

Die Anrechnung von ausländischen Studienleistungen gemäß § 12 der Approbationsordnung für Ärzte ist gemäß der Tarifnr. 1.1.6.2 der Anlage zur Gebührenordnung für das öffentliche Gesundheitswesen mit derzeit 40,00 bis 120,00 Euro gebührenpflichtig und wird per Gebührenbescheid erhoben.

Ort, Datum

Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
Billstraße 80 | 20539 Hamburg
Telefon: 040 428 37-0 | www.hamburg.de/bgv/landespruefungsamt
Stand: 3/2017

Unterschrift

